

INTOXICAÇÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: SOCORROS DOMICILIARES REALIZADOS POR ADULTOS

INTOXICATION IN EARLY CHILDHOOD: DOMESTIC FIRST AID PERFORMED BY ADULTS

INTOXICACIÓN EL LA PRIMERA INFANCIA: SOCORROS DOMICILIARIOS REALIZADOS POR ADULTOS

Camila Cristiane Formaggi Sales¹

Patrícia Suguyama²

Márcia Regina Jupi Guedes³

Nataly Barbosa Alves Borghesan⁴

Ieda Harumi Higarashi⁵

Magda Lúcia Félix de Oliveira⁶

Como citar este artigo: Sales CCF, Suguyama P, Guedes MRJ, Borghesan NBA, Higarashi IH, Oliveira MLF. Intoxicação na primeira infância: socorros domiciliares realizados por adultos. Rev baiana enferm. 2017;31(4):e23766.

Objetivo: identificar a presença e as ações de adultos no local da ocorrência de acidentes toxicológicos infantis e os primeiros socorros realizados. **Método:** estudo transversal, com análise retrospectiva de fichas de ocorrência toxicológica de crianças de zero a 4 anos, arquivadas em um centro de assistência toxicológica. **Resultados:** analisaram-se 1.012 fichas. O perfil era: sexo masculino (54,9%), com idade de 1 a 2 anos (64,3%) e medicamentos como principais agentes (39,6%). A maioria dos acidentes aconteceu na residência (94,8%), com crianças acompanhadas dos pais ou outro responsável adulto. Imediatamente após o reconhecimento do episódio de intoxicação, 229 (22,6%) adultos realizaram socorros domiciliares e as principais ações informadas foram realização de descontaminação do local afetado por lavagem e por meio mecânico (49,3%); administração de líquidos para diluição do agente (32,8%); e indução de vômito/êmetese (16,6%). **Conclusão:** a maioria dos socorros domiciliares realizados não teve evidência científica e estava ligada a crenças familiares.

Descritores: Saúde da criança. Envenenamento. Substâncias tóxicas. Acidentes domésticos. Cuidados de enfermagem.

Objective: to identify the presence and the actions of adults in the site where toxicological accidents with children occurred and the first aids were performed. Method: cross-sectional study, with retrospective analysis of toxicological incidents files involving children from zero to 4 years of age, filed in a toxicological assistance center. Results: 1,012 files were analyzed. The profile was: male (54.9%), aged between 1 to 2 years old (64.3%) and medicines as the main agents (39.6%). Most of the accidents happened in the residence (94.8%), with children accompanied by their parents or other responsible adult. Immediately after acknowledging an intoxication episode, 229 (22.6%) adults performed first aid at home and the main actions informed were the decontamination of the affected area by flushing water and by mechanical mean (49.3%);

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. camila_cfs14@hotmail.com

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. patty_suguyama@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Enfermeira do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. mrjupi@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. natalyalves@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Educação. Docente graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil. ieda1618@gmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil. mlfoliveira@uem.br

administration of liquids for diluting the agent (32.8%); and inducing vomit/emesis (16.6%). Conclusion: most of first aids performed at home had no scientific evidence and were related to the family beliefs.

Descriptors: Child Health. Poisoning. Toxic substance. Domestic accident. Nursing care

Objetivo: identificar la presencia y las acciones de adultos en el lugar de la ocurrencia de accidentes toxicológicos infantiles y los primeros auxilios realizados. Método: estudio transversal, con análisis retrospectivo de fichas de ocurrencia toxicológica de niños de cero a 4 años, archivadas en un centro de asistencia toxicológica. Resultados: se analizaron 1.012 fichas. El perfil era: sexo masculino (54,9%), con edad de 1 a 2 años (64,3%) y medicamentos como principales agentes (39,6%). La mayoría de los accidentes ocurrió en la residencia (94,8%), con niños acompañados de los padres u otro responsable adulto. Inmediatamente después del reconocimiento del episodio de intoxicación, 229 (22,6%) adultos realizaron socorros domiciliarios y las principales acciones informadas fueron la realización de descontaminación del local afectado por lavado y por medio mecánico (49,3%); administración de líquidos para dilución del agente (32,8%); y la inducción de vómito (16,6%). Conclusión: la mayoría de los socorros domiciliarios realizados no tuvieron evidencia científica y estaban vinculados a creencias familiares.

Descriptores: Salud del niño. Envenenamiento. Sustancias tóxicas. Accidentes domésticos. Cuidados de enfermería.

Introdução

Na primeira infância, compreendida entre zero e 4 anos de idade, os acidentes têm sido cada vez mais responsáveis por lesões e óbitos infantis no Brasil e no mundo^(1,2,3). São eventos evitáveis, multicausais e complexos, e a orientação dos familiares, cuidadores e educadores pode evitar a maioria das ocorrências. Quando ocorrem nos domicílios, estão relacionados com o comportamento da família, o estilo de vida, os fatores educacionais, econômicos, sociais e culturais, e as fases específicas de crescimento e desenvolvimento das crianças, caracterizadas pela curiosidade aguçada e pelo contínuo aprendizado^(4,5).

Dentre os acidentes na infância, as intoxicações agudas, caracterizadas pelo efeito tóxico de aparecimento rápido e de curta duração, destacam-se como problema emergente de saúde pública no mundo^(2,3). As intoxicações representam um conjunto de sinais e sintomas tóxicos, ou apenas bioquímicos, provocados pela interação de um agente químico com o sistema biológico, ou seja, um desequilíbrio orgânico resultante da exposição às substâncias químicas, encontradas no ambiente, como toxinas de plantas e de animais, agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso industrial e produtos de uso domiciliar⁽⁶⁾.

De acordo com dados divulgados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), foram registrados aproximadamente 100 mil novos casos de intoxicação

humana pelos centros de informação e assistência toxicológica em atividade no Brasil no ano de 2012. Os resultados apontam os medicamentos e domissanitários como os principais agentes de intoxicação, com 25% dos casos em crianças menores de 5 anos⁽⁷⁾.

O comportamento preventivo às intoxicações decorre de condições socioeconômicas e culturais, como as crenças da família. O grau de utilização da informação geralmente é proporcional ao grau de educação dos pais^(8,9). Somando-se a estes fatores, a incidência das intoxicações pode ser justificada também por fatores relacionados à sociedade e à governança do Estado, como automedicação; armazenamento de medicamentos e produtos de limpeza em locais inadequados; negligência e falta de informações por parte dos pais e responsáveis sobre produtos tóxicos; o difícil acesso aos serviços de saúde; a propaganda indiscriminada de medicamentos e outros produtos tóxicos; e a ausência de legislação protetiva⁽¹⁰⁾.

Apesar de a família ser a unidade social com papel de promover a saúde e o bem-estar aos seus integrantes, desempenhando atividades de proteção, segurança e cuidados iniciais diante de eventos inesperados e com risco de morte, muitos socorros domiciliares de familiares ou cuidadores adultos diante de acidentes domésticos não têm evidência científica e, em muitos casos, agravam o quadro clínico dos acidentes^(1,11).

Quando a prevenção da exposição a agentes tóxicos não é alcançada, o tratamento precoce e

eficaz, após a intoxicação, é prioridade. Por isto, a população deve ser capacitada para medidas efetivas de primeiros socorros em urgências toxicológicas^(12,13,14). Neste contexto, o objetivo do presente artigo foi identificar a presença e as ações de adulto no local da ocorrência de acidentes toxicológicos infantis e os primeiros socorros realizados.

Método

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de natureza quantitativa, realizado por meio de busca retrospectiva em fichas epidemiológicas de ocorrência toxicológica, arquivadas em um centro de informação e assistência toxicológica (CIAT) do noroeste do estado do Paraná, denominado Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), vinculado à Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica.

Os CIAT são unidades especializadas de apoio às urgências toxicológicas e de vigilância sentinela das intoxicações ou toxicovigilância. Funcionam em regime de plantão permanente, atendendo solicitações de informação de profissionais de saúde e da população em geral, para auxílio diagnóstico e conduta para acidentes toxicológicos, e desenvolvem ações educativas e atividades científicas na área de toxicologia e toxinologia⁽¹⁵⁾.

A população do estudo compreendeu crianças de zero a 4 anos, intoxicadas por diversos agentes tóxicos e cadastradas ao centro no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013. As crianças intoxicadas são cadastradas no CCI/HUM preenchendo-se a ficha de ocorrência toxicológica, em modelo padronizado nacionalmente, com dados de identificação do intoxicado, da ocorrência toxicológica, do tratamento realizado, da evolução clínica e do desfecho do caso⁽¹⁵⁾. Foram excluídas todas as fichas de ocorrência toxicológica de crianças que tiveram como agentes animais peçonhentos, pois entende-se que as medidas de primeiros socorros para estes acidentes são específicas e diferem dos demais agentes tóxicos.

Foram compilados da ficha de ocorrência toxicológica dados relativos a: sexo e idade da criança; agente da intoxicação; presença de adultos no momento do acidente; e medidas de primeiros socorros para a intoxicação realizadas pelos adultos.

Para processamento dos dados, constituiu-se um banco de dados eletrônico, utilizando o *software Microsoft Excel*®. Os resultados foram analisados descritivamente, por meio de frequências absoluta e relativa.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Copep) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), tendo sido aprovado mediante Parecer n° 168.316/2012 e conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados

No período estudado, foram registrados no CCI/HUM 1.012 casos de acidentes toxicológicos na primeira infância. A maioria das crianças era do sexo masculino (54,9%) e com idade entre 1 e 2 anos (64,3%). A ingestão foi a mais expressiva via de exposição ao agente tóxico, com 91,4% dos casos.

Nas 992 fichas de ocorrência toxicológica com agentes causais especificados, foram identificados 10 agentes entre os 13 estabelecidos pelo Sinitox. Os principais agentes foram os medicamentos, com 40,4% dos casos, os domissanitários (19,1%) e os produtos de uso industrial, com 16,5% (Tabela 1).

A maioria das intoxicações foi considerada não intencional, sendo classificada como acidente individual (93,9%). Também, erros de administração e uso indevido de produtos químicos, considerando a singularidade destes acidentes, apresentaram um número expressivo de ocorrências (5,1%).

A residência foi o principal local das intoxicações (98,2%), sendo que, em 3,5% dos casos, a criança estava na residência de avós, tios, outros parentes e amigos das famílias. A presença do adulto não foi informada em 6,8% das fichas de ocorrência toxicológica, mas em 92,0% dos casos havia um adulto presente no momento da ocorrência, principalmente o pai e/ou a mãe das crianças (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de intoxicação infantil, segundo classificação do agente tóxico e circunstância, Maringá, PR, Brasil, 2011–2013. n = 1.012

Variável	n	%
Agente tóxico (n = 992)		
Medicamento	401	40,4
Domissanitário	189	19,1
Produto de uso industrial	163	16,5
Raticida	78	7,9
Agrotóxico/uso doméstico	45	4,5
Planta	37	3,7
Cosmético	30	3,0
Produto veterinário	21	2,1
Agrotóxico/uso agrícola	15	1,5
Metal	13	1,3
Circunstância (n = 1.012)		
Acidente individual	950	93,9
Erro de administração/uso indevido	51	5,1
Acidente coletivo	11	1,0

Fonte: CCI/HUM.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de intoxicação infantil, segundo local do acidente e presença de adulto no momento da intoxicação, Maringá, PR, Brasil, 2011–2013. n = 1.012

Variável	n	%
Local do acidente (n = 1.012)		
Residência da criança	959	94,7
Outro*	53	5,3
Presença de adulto (n = 943)		
Sim	868	92,0
Não	75	8,0
Adulto presente (n = 868)		
Pai e/ou mãe	765	88,1
Avós	64	7,4
Tios, primos e babá	39	4,5

* Residência de avós, tios, outros parentes e amigos, e serviço de saúde, escola ou centros de educação infantil.

Fonte: CCI/HUM.

Diante da ocorrência da intoxicação, 22,6% dos adultos presentes no momento do evento toxicológico infantil realizaram socorros domiciliares. As principais ações informadas foram realização de descontaminação do local afetado por lavagem e meio mecânico, administração de líquido para diluição do agente e indução de vômito/êmese (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos casos de intoxicação infantil, segundo socorros domiciliares e procedimentos realizados pelo adulto presente, Maringá, PR, Brasil, 2011–2013. n = 1.012

Variável	n	%
Socorros domiciliares (n = 1.012)		
Sim	229	22,6
Não	783	77,4
Procedimentos (n = 229)		
Descontaminação do local afetado*	113	49,3
Administração de líquido/diluição	75	32,8
Indução de vômito/êmese	38	16,6
Administração de demulcente†	3	1,3

*Retirada do agente tóxico por lavagem e meio mecânico; † leite e azeite de oliva.

Fonte: CCI/HUM.

Discussão

As características do perfil e do agente toxicológico corroboram a literatura nacional e internacional com relação à maior exposição de crianças do sexo masculino e na primeira infância a acidentes e intoxicações^(1,16), pois, nesta fase do ciclo vital, as crianças iniciam forte interação com o ambiente, por meio do tato e do paladar^(5,17,18).

Também, números apresentados pelo Sinitox⁽⁷⁾ para o ano de 2012 apontam os medicamentos e os domissanitários como principais agentes de intoxicação em todas as faixas etárias, com 25% dos casos em crianças com idade inferior a 5 anos. Muitos medicamentos e domissanitários possuem embalagens coloridas e atraentes, e são armazenados em local de fácil acesso, que podem ser alcançados pelas crianças^(9,10).

Os acidentes individuais são casos de intoxicação ou exposição de uma única vítima a qualquer produto ou substância química⁽¹⁹⁾, e esta circunstância está presente na epidemiologia das intoxicações na primeira infância^(9,16). Os erros de administração, considerados utilização de medicamentos pelo próprio paciente ou responsável, de dose ou via inadequada, sem orientação médica ou em desacordo com a prescrição médica⁽¹⁹⁾, foram cometidos pelos próprios pais ou outro adulto responsável pela criança e, dependendo da via em que o agente químico foi administrado, poderia ocasionar sequelas ou danos irreversíveis⁽⁹⁾.

Embora seja de senso comum acreditar na residência como o lugar mais seguro para a família, a maioria dos acidentes infantis ocorre nas residências ou em suas adjacências^(14,20). No ideário popular, a residência/lar configura-se como um lugar relativamente seguro, diante das perigosidades vivenciadas portão afora. Desta forma, a baixa cautela pode ser explicada pela falsa sensação de segurança e proteção^(20,21).

a residência pode ser especialmente insegura às crianças, pois contém objetos e materiais de risco em todas as dependências, como instrumentos cortantes, móveis, janelas, painéis com alimentos fumegantes, fósforos, medicamentos, detergentes e outros produtos tóxicos, que se constituem em atrativos especiais para crianças e, quanto mais jovem ela for, maior é a incidência destes episódios^(13,21).

A presença de um adulto não representou fator de proteção para a ocorrência das intoxicações infantis estudadas e pareceu não prevenir o acidente toxicológico. Estudos evidenciaram que, na maioria dos casos de acidentes envolvendo crianças, elas estavam sob a supervisão de um adulto^(1,14,22). Porém, o número de socorros domiciliares denotou baixo conhecimento dos pais e responsáveis sobre como agir imediatamente após uma intoxicação, embora a orientação dos centros de informação e assistência toxicológica seja a de realização de procedimentos corretos – pois procedimentos inadequados podem agravar o quadro clínico e retardar ou complicar a evolução clínica^(13,15).

Considerando que são realizados sempre que a vítima não tem condições de cuidar de si própria, os primeiros socorros referem-se aos cuidados imediatos prestados a uma pessoa cujo estado físico coloca em perigo sua vida ou saúde, com o fim de manter suas funções vitais e evitar o agravamento de suas condições, até que receba assistência médica especializada. Todos os procedimentos de primeiros socorros devem começar com a avaliação das condições da vítima, que é primordial para fornecer a ajuda correta e pode prevenir danos de maior gravidade, sequelas e mortes^(23,24).

As intoxicações são urgências clínicas e o principal objetivo da intervenção precoce é a manutenção da vida. No caso das informações sobre intoxicações, parte significativa dos dados primários é gerada nos CIAT, unidades especializadas que têm a função de fornecer informação e orientação sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações, dispersas geograficamente pelo país^(15,25).

Se a criança estiver inconsciente e/ou com dificuldade cardiorrespiratória, deve-se acionar imediatamente o serviço pré-hospitalar, para transporte especializado e início dos procedimentos de suporte avançado de vida pela equipe de saúde. Se a criança estiver consciente e alerta, deve-se fazer contato telefônico com o CIAT (Disque-Intoxicação: 0800 722 600), para acessar informações iniciais e providenciar transporte adequado para um serviço de saúde. O transporte deve ser realizado sempre em posição lateral, a fim de evitar aspiração de conteúdo gástrico, já que o vômito é comum. A criança deve ser mantida aquecida durante o trajeto, pois os efeitos do agente tóxico podem não ser imediatos. Uma medida importante é coletar recipientes, embalagens e aplicadores envolvidos na intoxicação, para mostrar ao profissional de saúde que atenderá a criança⁽¹³⁾.

As medidas específicas de primeiros socorros à intoxicação dependem principalmente da via de exposição ao agente tóxico. A via oral é a mais expressiva nas intoxicações infantis, e os principais socorros domiciliares preconizadas após o reconhecimento do episódio de intoxicação

são: retirada manual de resíduos da cavidade oral; nunca induzir o vômito/êmese, pelo risco de broncoaspiração; não oferecer água, leite ou qualquer outro líquido a criança, pois algumas substâncias são lipossolúveis, e o líquido pode acelerar a absorção do agente tóxico^(25,26).

No presente estudo, os procedimentos realizados para os casos de ingestão nem sempre tiveram evidência científica e muitos estavam ligados a crenças familiares inadequadas. A descontaminação do local afetado por meio da lavagem e por meio mecânico é sempre adequada e indicada, pois promove a remoção do agente tóxico e diminui sua absorção. Porém, ao realizar a administração de líquido para diluição do agente (indicada apenas em situações específicas) e a indução do vômito/êmese (contraindicada em todos os casos), houve contribuição para o agravamento do quadro clínico^(25,26). Nos casos de contato cutâneo e ocular, lavar abundantemente o local afetado com água corrente durante 15 minutos e cobrir o local, sem pressão, com tecido limpo, foram medidas adequadas realizadas pelas famílias^(25,26).

Esses resultados, apesar de apresentarem como limitação sua circunscrição ao recorte temporal definido e à fonte, podem orientar aqueles que atuam em contato direto com as famílias, visto que estas são protagonistas na prevenção de acidentes e intoxicações, e na minimização de suas consequências. Reitera-se, porém, que os dados dos centros de informação e assistência toxicológica são considerados sentinelas e captadores de problemas sociais dos eventos toxicológicos, conferindo maior robustez aos resultados.

Conclusão

Foram confirmados fatores associados ao risco de intoxicação em crianças, como sexo masculino, espaço domiciliar da própria criança e que a presença de adultos não impediu a ocorrência do acidente toxicológico. O número de adultos presentes no momento do acidente e que realizou socorros domiciliares foi pequeno, e muitos procedimentos realizados não tinham evidência científica e estavam ligados a crenças familiares inadequadas.

Compreende-se ser relevante abordar o tema para que a sociedade conheça a realidade dos acidentes toxicológicos que envolve crianças, co-participando na tentativa de diminuir os índices de acidentes domiciliares, cujas consequências podem ser graves com cicatrizes físicas e emocionais (algumas reabilitáveis e outras não), durante seu processo de crescimento e desenvolvimento. Recomenda-se que os serviços de saúde trabalhem junto à comunidade, realizando atividades de capacitação para os primeiros socorros diante dos acidentes por intoxicação e envenenamento.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Camila Cristiane Formaggi Sales, Patrícia Suguyama, Márcia Regina Jupi Guedes e Nataly Barbosa Alves Borghesan.

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Camila Cristiane Formaggi Sales e Patrícia Suguyama.

3. aprovação final da versão a ser publicada: Ieda Harumi Higarashi e Magda Lúcia Félix de Oliveira.

Referências

1. Brito JG, Martins CB. [Accidental intoxication of the infant-juvenile population in households: profiles of emergency care]. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(3):373-80. Portuguese.
2. Adnan LH, Kamaldin J, Mohamad N, Salatore AS, Suhaimi R, Zainuddin ND et al. The risk of accidental chemical poisoning cases among children (≤ 12 Years Old) admitted to Hospital University Sains Malaysia: 5 years review. *J Clinic Toxicol*. 2013;3(5):177.
3. Uthkarsh PS, Suryarayana SP, Gautham MS, Shivraj NS, Murthy NS, Pruthvish S. Profile of injury cases admitted to a tertiary level hospital in south India. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2012;19(1):47-51.
4. Emery CR, Nguyen HT, Kim J. Understanding child maltreatment in Hanoi: intimate partner violence, low self-control, and social and child care support. *J Interpers Violence*. 2014;29(7):1228-58.
5. Valenzuela PM, Matus MS, Araya GI, Paris E. Environmental pediatrics: an emerging issue. *J Pediatr*. 2011;87(2):89-99.

6. Nelson L, Lewin N, Howland MA, Hoffman R, Goldfrank L, Flomembaum N, Editors. Goldfrank's toxicologic emergencies. 9th ed. New York: McGraw Hill; 2011.
7. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). Casos registrados de intoxicação humana e envenenamento: região Centro-Oeste. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015 .
8. Molina RC, Higarashi IH, Marcon SS. Importance attributed to the social support network by mothers with children in an intensive care unit. *Esc Anna Nery*. 2014;18 (1):60-7.
9. Mowry JB, Spyker DA, Cantilena LR Jr, Bailey JE, Ford M. 2012 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 30th annual report. *Clin Toxicol (Phila)*. 2013;51(10):949-1229.
10. Nie LH, Wright RO, Bellinger DC, Hussan J, Amarasiriwardena C, Chettle DR, et al. Blood lead levels and cumulative blood lead index (CBLI) as predictors of late neurodevelopment in lead poisoned children. *Biomarkers*. 2011;16(6):517-24.
11. Lachtim SA, Soares CB, Campos CM, Coelho HV, Moreira CR, Silva SM. Valores sociais atribuídos à família por jovens de diferentes grupos sociais. *Rev Fac Estácio Sá*. 2012;2(7):216-27.
12. American Academy of Pediatrics. Injury, violence, and poison prevention. Itasca, Ill: American Academy of Pediatrics; [S. d.] [cited 2017 Nov 19]. Available from: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/Committees-Councils-Sections/Council-on-Injury-Violence-Poison-Prevention/Pages/Injury-Violence-Poison-Prevention.aspx>.
13. Durães MR, Toriyama AT, Maia LF. O conhecimento dos pais sobre como proceder diante de acidentes domésticos. *Recien Rev Cient Enferm*. 2012;2(6):5-14.
14. Gurgel AC. Percepção de cuidadores de crianças acerca da prevenção de acidentes domésticos infantis: análise à luz do Modelo de Crenças em Saúde [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.
15. Bochner R. [National Poison Information System (Sinitox, in Brazilian acronym): thirty-five years of resistance]. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2016;10(1):1-3. Portuguese.
16. Bond GR, Woodward RW, Ho M. The growing impact of pediatric pharmaceutical poisoning. *J Pediatr*. 2012;16 (2) 265-70.
17. Alije K, Ramosaj A, Toro H, Azemi M, Baloku A, Sylaj B et al. Acute poisoning in children; changes over the years, data of pediatric clinic department of toxicology. *J Acute Disease*. 2014;3(1):56-8.
18. Sirohi S, Pandey D, Dixit S, Jain C, Deshmankar B, Raja RS. Domestic accidents: an emerging threat to community. *Int J Med Sci Pub Health*. 2015;4(9):1202-5.
19. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de preenchimento da ficha de notificação e de atendimento: centros de informação, de controle e de atendimento toxicológico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
20. Martins CBG, Matos KF. Mortalidade por causas acidentais na população infanto-juvenil. *Rev Baiana Enferm*. 2013;27(2):124-34.
21. Vieira LJ, Pordeus AM, Lira SV, Moreira DP, Pereira AS, Barbosa IL. [Associated factors for the occurrence of unintentional injuries in children from a low-income community in northeastern Brazil]. *Acta Sci Health Sci*. 2012;34(2):127-135. Portuguese.
22. Tavares EO, Buriola AA, Santos JA, Ballani TS, Oliveira ML. [Factors associated with poisoning in children]. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):31-7. Portuguese.
23. Makalinao I, Woolf AD. Poisonings and envenomings. In: Pronczuk-Garbino J, editor. *Children's health and the environment: a global perspective*. Geneva: World Health Organization; 2005. p. 153-76.
24. American Heart Association. Highlights of the 2015 American Heart Association: guidelines update for CPR and ECC. Dallas,: American Hearth Association; 2015.
25. Turini C. Atendimento inicial ao paciente intoxicado. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
26. Olson KR, organizador. Manual de toxicologia clínica. 6a ed. São Paulo: Mc Graw Hill; 2014.

Recebido: 05 de agosto de 2017

Aprovado: 28 de novembro de 2017

Publicado: 25 de janeiro de 2018